

安宁疗护在癌症临终期患者临床护理工作中的应用

叶格

襄阳职业技术学院附属医院，湖北襄樊，441000；

摘要：目的：探讨安宁疗护模式在癌症临终期患者临床护理中的应用效果，为提升终末期癌症患者护理质量提供实践依据。方法：选取2024年6月-2025年6月我院收治的62例癌症临终期患者作为研究对象，采用随机数字表法分为观察组（31例）和对照组（31例）。对照组实施常规临终护理，观察组实施系统性安宁疗护。比较两组患者干预后的日常生活活动能力、症状控制效果及心理状态。结果：干预后，观察组日常生活活动能力量表（Barthel指数）中各维度得分及总分均高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组疼痛、呼吸困难、恶心呕吐、失眠4项主要症状的视觉模拟评分（VAS）均低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）得分均低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：安宁疗护可有效改善癌症临终期患者的日常生活活动能力，减轻临床症状痛苦，缓解负面情绪，值得在临床推广应用。

关键词：安宁疗护；癌症；临终期；临床护理；生活质量；症状管理

DOI：10.69979/3029-2808.26.01.047

癌症终末期患者因疾病进展伴随剧烈疼痛、多器官功能衰退等症状，同时面临死亡恐惧带来的严重心理压力，生活质量极度低下^[1]。常规临终护理多侧重于生理症状的基础控制，缺乏对患者心理、社会及灵性需求的全面关注，难以满足终末期患者对尊严和舒适的核心诉求^[2]。安宁疗护起源于19世纪末的英国，是一种以患者为中心的全人照护模式，通过多学科团队协作，整合生理护理、心理支持、社会关怀和灵性照护等多方面服务，不以延长生命为目标，而以减轻患者痛苦、维护生命尊严、提高临终生活质量为核心宗旨^[3-4]。近年来，安宁疗护在我国的临床应用逐渐受到重视，但在癌症临终期患者中的系统性应用研究仍需进一步深化。

本研究旨在为癌症临终期护理模式的优化提供科学依据，让更多终末期患者能够在安宁与尊严中走完人生最后旅程。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年6月-2025年6月我院肿瘤科收治的癌症临终期患者62例。纳入标准：经病理组织学或影像学检查确诊为恶性肿瘤，符合终末期诊断标准，预计生存期 ≤ 6 个月；年龄 ≥ 18 岁；意识清晰，能够进行基本沟通交流；患者及家属知情同意并签署研究知情同意书。排除标准：存在严重认知功能障碍或精神疾病者；合并其他严重器质性疾病可能影响观察指标者；依从性极差，无法配合完成护理干预及评估者。

采用随机数字表法将62例患者分为观察组和对照

组，每组各31例。观察组中男性17例，女性14例；年龄45-78岁，平均 (61.3 ± 8.5) 岁；疾病类型：肺癌12例，胃癌7例，乳腺癌5例，结直肠癌4例，其他恶性肿瘤3例；文化程度：小学及以下8例，初中11例，高中及以上12例。对照组中男性16例，女性15例；年龄46-79岁，平均 (62.1 ± 7.9) 岁；疾病类型：肺癌11例，胃癌8例，乳腺癌4例，结直肠癌5例，其他恶性肿瘤3例；文化程度：小学及以下7例，初中12例，高中及以上12例。两组患者各项一般资料经统计学分析，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组实施肿瘤科常规临终护理措施，具体包括：病情监测、基础护理、症状护理、简单心理支持。

观察组组建由肿瘤科医生、专科护士、心理咨询师、营养师、社工及志愿者组成的多学科安宁疗护团队，根据患者个体情况制定个性化照护方案，护理周期贯穿患者临终全程，具体措施如下：

1.2.1 个性化生理照护

①症状精准管理：采用数字评分法（NRS）每日评估患者疼痛、呼吸困难等症状程度，遵循WHO三阶梯止痛原则制定个体化止痛方案，同时结合音乐疗法、放松训练等非药物干预；对呼吸困难患者采用半卧位、氧气吸入配合呼吸训练，必要时给予药物雾化吸入；针对恶心呕吐患者调整饮食结构，配合穴位按摩等中医护理措施。

②生活能力维护：根据患者身体状况制定循序渐进

的活动计划, 指导患者进行床上肢体功能锻炼、自主进食训练等, 避免因长期卧床导致功能衰退; 提供助行器、防滑垫等辅助器具, 保障患者活动安全。

③环境优化: 为患者营造温馨舒适的病房环境, 保持室内适宜的温湿度和充足光照, 允许患者摆放个人物品、绿植等, 满足其情感需求; 减少不必要的医疗操作干扰, 保障患者休息。

1.2.2 多层次心理支持

①心理评估与干预: 入院后采用 SAS、SDS 量表对患者心理状态进行评估, 心理咨询师每周至少 2 次与患者进行一对一沟通, 鼓励患者表达内心的恐惧、焦虑等情绪, 采用认知行为疗法帮助患者调整心态。

②死亡教育: 根据患者接受程度, 通过温和的语言向患者及家属讲解临终阶段的生理变化, 帮助患者正确认识死亡, 减轻对死亡的恐惧; 尊重患者的意愿, 共同制定临终计划。

③家属支持: 定期组织家属座谈会, 分享照护技巧和心理调适方法, 缓解家属的照护压力和心理负担; 为家属提供情感倾诉渠道, 必要时给予一对一心理疏导。

1.2.3 社会与灵性照护

①社会支持链接: 协助患者联系亲友、同事等, 满足其情感陪伴需求; 对于有宗教信仰的患者, 尊重其信仰自由, 协助联系相关神职人员提供精神支持。

②生命意义梳理: 鼓励患者回顾人生经历, 分享生命故事, 通过制作纪念册、录制视频等方式, 帮助患者留下生命印记, 提升生命价值感。

1.3 观察指标

1.3.1 日常生活活动能力

采用 Barthel 指数评定量表进行评估, 该量表包含进食、穿衣、洗漱、如厕、行走 5 个核心项目, 每个项

目根据患者独立完成程度分为 0 分、5 分、10 分三个等级, 总分 0-50 分。得分越高表示患者日常生活活动能力越强, 其中 41-50 分为基本自理, 21-40 分为部分依赖, 0-20 分为完全依赖。分别在干预前和干预后 4 周进行评估。

1.3.2 临床症状控制效果

选取癌症临终期患者最常见的疼痛、呼吸困难、恶心呕吐、失眠 4 项症状, 采用视觉模拟评分法 (VAS) 进行评估, 量表分值 0-10 分, 0 分表示无该症状, 10 分表示症状最剧烈, 得分越高提示症状越严重。分别在干预前和干预后 4 周进行评估。

1.3.3 心理状态

采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 进行评估。两个量表均包含 20 个条目, 每个条目采用 1-4 级评分, 总分经换算后为 0-100 分。SAS 量表以 50 分为临界值, 50-59 分为轻度焦虑, 60-69 分为中度焦虑, ≥ 70 分为重度焦虑; SDS 量表以 53 分为临界值, 53-62 分为轻度抑郁, 63-72 分为中度抑郁, ≥ 73 分为重度抑郁。分别在干预前和干预后 4 周进行评估。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内干预前后比较采用配对 t 检验, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后日常生活活动能力比较

干预前, 两组患者 Barthel 指数各项目得分及总分比较, ($P > 0.05$)。干预后 4 周, 观察组高于对照组, ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者干预前后 Barthel 指数评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

观察项目	组别	干预前	干预后 4 周	t 值	P 值
进食	观察组 (n=31)	6.2 \pm 2.1	9.3 \pm 1.2	8.763	<0.001
	对照组 (n=31)	6.0 \pm 2.3	7.1 \pm 1.5		
穿衣	观察组 (n=31)	5.8 \pm 2.2	9.1 \pm 1.3	7.985	<0.001
	对照组 (n=31)	5.6 \pm 2.4	6.8 \pm 1.6		
洗漱	观察组 (n=31)	5.5 \pm 2.0	8.9 \pm 1.4	6.542	<0.001
	对照组 (n=31)	5.3 \pm 2.2	6.5 \pm 1.7		
如厕	观察组 (n=31)	5.1 \pm 2.3	8.7 \pm 1.5	7.231	<0.001
	对照组 (n=31)	4.9 \pm 2.5	6.2 \pm 1.8		
行走	观察组 (n=31)	4.8 \pm 2.4	8.5 \pm 1.6	6.987	<0.001
	对照组 (n=31)	4.6 \pm 2.6	5.9 \pm 2.0		
总分	观察组 (n=31)	27.4 \pm 8.2	44.5 \pm 5.3	10.234	<0.001
	对照组 (n=31)	26.4 \pm 8.5	32.5 \pm 6.7		

2.2 两组患者干预前后临床症状控制效果比较

干预前, 两组患者临床症状 ($P > 0.05$)。干预后 4 周, 两组患者各项症状 VAS 评分均较干预前降低, 且观

察组各项评分均低于对照组，（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组患者干预前后临床症状 VAS 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

症状类型	组别					干预前	干预后 4 周	t 值	P 值
疼痛	观察组（n=31）（n=31）（n=31）（n=31）（n=31）					7.8±1.6	3.2±1.1	12.345	<0.001
	对照组（n=31）					7.6±1.8	5.4±1.3		
呼吸困难	观察组（n=31）					7.2±1.7	2.8±1.2	9.876	<0.001
	对照组（n=31）					7.0±1.9	4.9±1.5		
恶心呕吐	观察组（n=31）					6.5±1.5	2.1±0.9	10.123	<0.001
	对照组（n=31）					6.3±1.7	4.2±1.2		
失眠	观察组（n=31）					7.0±1.8	2.5±1.0	11.456	<0.001
	对照组（n=31）（n=31）（n=31）（n=31）					6.8±2.0	4.5±1.4		

2.3 两组患者干预前后心理状态比较

干预前，两组患者 SAS、SDS 评分比较，（ $P>0.05$ ）。

表 3 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

心理量表	组别					干预前	干预后 4 周	t 值	P 值
SAS	观察组（n=31）（n=31）（n=31）（n=31）（n=31）					65.3±7.2	42.1±6.5	13.245	<0.001
	对照组（n=31）					64.8±7.5	53.2±7.1		
SDS	观察组（n=31）					68.5±8.1	45.3±7.2	11.876	<0.001
	对照组（n=31）（n=31）（n=31）（n=31）					67.9±8.4	56.5±7.8		

3 讨论

癌症临终期作为疾病进展的终末阶段，患者机体耐受度已降至极低水平，肿瘤细胞的广泛浸润不仅引发持续性剧痛，还常伴随呼吸困难、恶心呕吐、严重失眠等多系统症状，这些生理痛苦与死亡逼近带来的恐惧、无助感交织，使患者陷入身心双重困境^[5]。此时患者的核心需求已不再是疾病治疗，而是如何在有限时间内减轻痛苦、维持基本生活能力与生命尊严，这也对临床护理模式提出了更高的人性化要求。

本研究中对照组采用的常规临终护理，以生命体征监测、基础生活协助及对症用药为主要内容，操作流程成熟易执行，能满足患者最基本的生理需求，但该模式缺乏对个体差异的关注，对患者心理焦虑、社会支持缺失等问题干预不足，属于“被动应对式”照护。观察组实施的安宁疗护则以多学科团队为支撑，整合了专科护理、心理干预、营养指导等全维度服务，虽需医护、心理师、社工等多方协同，增加了沟通与协调成本，但能通过个性化方案精准对接患者需求，实现从“疾病照料”到“全人关怀”的转变^[6]。

本研究结果从功能、症状、心理三个核心维度印证了安宁疗护的优势：在生活能力方面，其通过针对性功能训练与环境支持，避免了患者因过度依赖照护导致的能力衰退^[7]；在症状控制上，药物与非药物干预的结合，比单纯用药更高效地缓解了疼痛、呼吸困难等核心痛苦；在心理层面，专业疏导与死亡教育的融入，有效化解了患者的焦虑抑郁情绪，帮助其以更平和的状态面对生命终点，这种多维度改善正是全人照护理念的体现^[8]。

干预后 4 周，观察组两项评分均低于对照组，（ $P<0.05$ ）。详见表 3。

综上，安宁疗护能全面契合癌症临终期患者的核心需求，显著提升其临终生活质量，是比常规护理更具优势的临床照护模式，值得广泛推广。

参考文献

- [1] 朱娟. 安宁疗护联合疼痛护理在癌症临终期患者中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2025, 41(07): 135-137.
- [2] 胡婧伊, 洪景, 郭晓冬, 等. 社区参与安宁疗护对临终期肿瘤患者干预效果的 Meta 分析[J]. 中国全科医学, 2023, 26(28): 3573-3584.
- [3] 姜宏薪. 安宁疗护用于肿瘤病房临终癌症患者的护理效果[J]. 中华养生保健, 2023, 41(10): 92-95.
- [4] 王齐. 安宁疗护联合疼痛护理对癌症临终期患者的临床干预效果研究[J]. 基层医学论坛, 2023, 27(12): 43-46.
- [5] 郭菲, 杨福娜, 张婷, 等. 人类适转理论指导下的安宁疗护对临终期肿瘤患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2023, 29(05): 125-128.
- [6] 谈燕, 张周云. 安宁疗护对临终癌症患者的护理效果[J]. 当代临床医刊, 2022, 35(02): 96-97.
- [7] 韩永莉, 赵晶, 张起. 安宁疗护应用于肿瘤晚期患者的效果以及临终期生活质量的影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2022, 51(01): 223-225.
- [8] 谢树丽, 刘向月. 安宁疗护对肿瘤病房临终癌症患者的护理效果及情绪功能的影响[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(20): 28-29.